

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°
THÈSE 182

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

BAUMGART Hersz

Né le 2 novembre 1907, à Sluzewo (Pologne)

COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA VARICELLE

(Les encéphalomyélites post-varicelleuses)

Président : Monsieur NOBÉCOURT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17. — PARIS (V^e)

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

BAUMGART Hersz

Né le 2 novembre 1907, à Sluzewo (Pologne)

COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA VARICELLE

(Les encéphalomyélites post-varicelleuses)

Président : Monsieur NOBÉCOURT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17. — PARIS (V^e)

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST. BINET. STROHL. DESGREZ. DEBRÉ. BRUMPT. BAUDOUIN. CLERC. CHEVASSU. ROUSSY. CHAMPY. TIFFENEAU. LOEPER. TANON. BALTHAZARD. LAIGNEL-LAVASTINE. FIESSINGER. MAURICE VILLARET. CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. MARCEL LABBÉ. LEREBoullet. NOBÉCOURT.
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Cliniques des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologie	
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	
Professeurs sans chaire	H. CLAUDE. GOUGEROT. GUILLAIN. LEMIERRE. LENORMANT. CUNEO. GREGOIRE. GOSSET. TERRIEN. MARION. COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN. J.-L. FAURE. OMBRÉDANNE. RATHERY. LEMAITRE. PIERRE DUVAL. SERGENT. LÉON BERNARD. MATHIEU. HOVELACQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	L'ABBE HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLERY-RADOT.
Ophthalmologie.....	(Pasteur).
	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.
Obstétrique.....	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	REITERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

En témoignage de ma sincère
affection et gratitude.

A MON PÈRE

Hommage de reconnaissance
filiale profonde.

A MES COUSINS

Monsieur et Madame Henry SIÉROT

Qu'ils trouvent ici la preuve
de toute mon affection, la certi-
tude de tout mon dévouement en
récompense des lourds sacrifices
dont j'ai été la cause.

A MA SOEUR

A MON FRÈRE ET SA FAMILLE

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

*Professeur de Clinique Médicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur L. BABONNEIX

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui a bien voulu nous
confier les observations qui ont été
le point de départ de ce modeste
travail.

Hommage de notre respec-
tueuse gratitude.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

De toutes les maladies éruptives, la varicelle doit être considérée comme la plus bénigne, et si dans certains pays sa déclaration est obligatoire, c'est surtout pour éviter certaines déplorables erreurs de diagnostic de la variole avec cette maladie.

Mais à côté de la forme banale essentiellement bénigne, on observe des cas, qui se compliquent de manifestations nerveuses assez graves. Ces complications semblent être plus fréquentes au cours de ces dernières années, et différentes hypothèses ont été émises à ce sujet.

Le virus de la varicelle aurait-il acquis une affinité spéciale pour le système nerveux, ou bien ces complications semblent-t-elles seulement plus fréquentes parce qu'on leur prête plus d'attention ?

D'autre part, la spécificité de ces complications est contestée par beaucoup d'auteurs, qui attribuent les manifestations nerveuses à une encéphalite épidémique latente, réveillée au cours d'une varicelle (Levaditi et ses collaborateurs) ; d'autres croient à une parenté, ou même à l'identité du virus de la varicelle avec celui de la poliomyélite antérieure aigüe. (M. le Prof. Marfan) ; cette dernière hypothèse ne semble pas assez fondée, puisqu'une épidémie de varicelle n'épargne pas les anciens poliomyelitiques.

Ajoutons, que l'encephalo-myelite postvaricelleuse ressemble en tous points à l'encéphalo-myelite vaccinale et MM. Winnicot et Gibbs consacrent un article à l'analogie de ces complications ; ces auteurs rapportent seize cas dont deux personnels.

Dans ce travail, dont le sujet nous a été inspiré par notre Maître, M. le Docteur Babonneix, nous essaierons de ranger toutes les complications nerveuses sous plusieurs rubriques avec observations à l'appui de chaque variété. Nous insisterons particulièrement sur deux cas, observés par notre Maître, ainsi que sur l'anatomie pathologique d'une encéphalo-myéélite post-varicelleuse étudiée et publiée par L. Van Bogaert en 1932. Nous terminerons par des conclusions, résultant des observations rapportées.

HISTORIQUE

Si la varicelle fut nettement séparée de la variole et de la vaccine par Heberden en 1767, la première complication nerveuse ne fut signalée que 130 ans plus tard.

Comment expliquer un phénomène si curieux ?

La réponse en est facile, si on considère, que les auteurs, soutenant la spécificité de la maladie ont rencontré de nombreux adversaires.

Beaucoup plus tard en effet, la variole, varioloïde et varicelle furent encore confondu en France par Rayer, Bazin, Billiet, Barthez et Talamon, en Allemagne et en Autriche par Kaposi, Kassowitz, Hochsinger.

En 1893, M. Marfan rapporte à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris le premier cas d'une poliomyélite, qui avait succédé à la varicelle.

Un an après, Augier signale déjà des accès convulsifs observés au cours de cette maladie. En 1898, un deuxième cas est rapporté par M. Marfan : il s'agit alors d'une ophtalmoplégie nucléaire, observée chez une fillette de 22 mois au déclin d'une varicelle assez sévère.

Comme nous l'avons déjà remarqué, les cas observés sont beaucoup plus fréquents au cours de ces dernières années.

Nous rappellerons les travaux de Galli (1925), de Glanzmann (1927), de Wilson et Ford (1927), de Crouzon et Liège (1928), de Winnicot et Gibbs (1926), enfin ceux de notre Maître M. le Docteur Babonneix.

Il en résulte de tous ces travaux, que les complications nerveuses de la varicelle présentent certains caractères communs.

Elles sont très polymorphes tant par la localisation du virus, que par son intensité. Le virus peut se localiser aussi bien sur la substance grise motrice, que sur les méninges et nefs ; il atteint de préférence : les noyaux gris centraux, le cervelet, le bulbe, les cornes antérieures de la moelle.

Les formes atténuées passent le plus souvent inaperçues, puisqu'elles ne se traduisent que par une faiblesse des membres inférieurs ; à l'examen attentif, on ne trouve, qu'un certain degré d'atrophie du quadriceps et diminution des réflexes patellaires et achilléen.

LES MÉNINGITES

Les méningites, consécutives à la varicelle, quoique rares, sont très intéressantes par la difficulté du diagnostic, qu'elles présentent. Dans certains cas, en effet, rien ne les permet de distinguer des méningites tuberculeuses, si ce n'est l'évolution vers une guérison assez rapide.

Nous ne nous occuperons ici, que des complications méningées, dues au virus même, en omettant les méningites purulentes, d'infection secondaire.

Giovanni de Foni, dans une communication à la Société Piémontaise de Pédiatrie rapporte quelques observations qui démontrent la possibilité des complications méningées de la varicelle.

Mya a observé chez un enfant de treize mois, 9 jours après l'éruption de varicelle, une brusque réascension thermique et le lendemain des convulsions cloniques à caractère d'une épilepsie Bravais-Jacksonienne, qui débute sur le terrain innervé par le facial inférieur droit, s'étendant à la moitié droite de la langue et à l'hémithorax droit.

Admettant le diagnostic d'une méningite tuberculeuse, on pratique une ponction des ventricules latéraux et on retire 50 cc. de liquide légèrement sanguinolent.

Le même jour, l'enfant meurt, après avoir présenté des convulsions analogues aux précédentes.

A l'autopsie, l'auteur a eu la surprise de trouver au lieu d'une méningite tuberculeuse, une pachyméningite

interne hémorragique avec exsudat abondant dans le ventricule moyen gauche.

Moins complètement étudiés sont les deux cas rapportés par Koplik, mais ils sont non moins intéressants par l'erreur de diagnostic, à laquelle ils ont donné lieu.

Il s'agit de deux enfants, qui dix et quatorze jours après une varicelle banale présentent une symptomatologie analogue à celle d'une méningite tuberculeuse avec torpeur, délire, fièvre, agitation, légère hydrocéphalie et parésie des membres inférieurs.

Ces symptômes, au lieu de progresser fatalement, s'atténuent au bout de quelque temps et une guérison rapide est survenue, sans aucune paralysie permanente.

L'auteur renonce alors au diagnostic de méningite bacillaire et admet celui d'un simple état méningé.

Giovanni de Toni cite ensuite une observation personnelle, que nous nous permettons de rapporter intégralement.

OBSERVATION I. — In « *Il Policlinico* »

Adeline V., âgée de 3 ans $\frac{1}{2}$ est une enfant bien portante et la dernière de cinq, tous vivants et bien portants.

Elle est admise dans le service de l'hôpital infantil « Cesare Arrigo » d'Alexandrie, avec le diagnostic probable de méningite.

Vingt jours avant son entrée, l'enfant présente une éruption varicelleuse intense avec température élevée; l'exanthème disparu, la fièvre, au lieu de descendre à la normale, remonte au contraire, et atteint 40° chaque soir.

En outre l'enfant accuse une céphalée intense, et les jours suivants apparaissent les symptômes caractéristiques d'une méningite.

L'état général s'aggrave; ici et là on remarque encore les éléments de la varicelle au stade croûteux et cicatriciel.

Examen général :

Squelette normal.

Micropolyadenopathie généralisée.

Rien au cœur ni au poumon.

Foie non augmenté de volume.

Rate légèrement hypertrophiée.

Abdomen rétracté (ventre en bateau).

Pommettes roses.

A l'examen du système nerveux on note :

Strabisme convergent marqué.

Ptosis léger à droite.

Inégalité pupillaire.

Le n. facial est indemne.

La rigidité de la nuque est discrète.

Le s. de Brudzinski est positif de deux côtés.

Les reflexes patellaires sont diminués.

Le signe de Babinski positif à gauche.

Hyperesthésie cutanée marquée.

Sensibilité intacte.

Le pouls est à 132 non arythmique.

La ponction lombaire, faite immédiatement donne issue à un liquide non parfaitement limpide et xanthochromique.

Examen du liqu. céphalo-rachidien :

Cellules : 78 par mm³.

Formule : Lymphocytes, 58 %.

Polynucleaires, 12 %.

Cellules épendymaires, 30 %.

Albumine, 0 gr. 58

Légère hypoglycorrachie, 0 gr. 40 /¹⁰⁰.

Réaction de Pandy, positive.

» de Weichbrot, positive.

» de Wassermann, négative.

Le liquide ne coagule pas spontanément, ni après l'adjonction de iv gouttes de sérum frais. La culture sur gélose simple et gélose ascite reste stérile.

A l'examen microscopique on ne note pas de bacille de Koch. Une partie du liquide a été inoculé au cobay.

La petite malade reste dans le service 4 jours seulement et pendant ce temps la température oscille entre 38 et 39°.

Le troisième jour, aux symptômes précédents s'ajoute une parésie du membre inférieur gauche et une modification de l'attitude de l'enfant en chien de fusil.

L'enfant est toujours très agitée avec des phases de torpeur et de somnolence.

Parmi les autres examens citons seulement la cuti-réaction de Von Pirquet qui fut négative; aucun résultat intéressant n'a été obtenu par les examens du sang et des urines.

L'examen de l'oreille, fait par des spécialistes, est complètement négatif.

Devant une symptomatologie si typique et si importante, le diagnostic qui se présente à l'auteur est celui d'une méningite bacillaire, mais il cherche d'autres possibilités, vu l'arrêt de mort fatal, que comporte ce diagnostic.

La première pensée fut celle d'une otite moyenne; cette complication n'est pas fréquente, mais pourtant des cas de mastoïdites des abcès du cerveau et des thromboses des sinus latéraux, consécutifs à cette maladie furent décrits.

Les caractères du liquide céphalo-rachidien font exclure une méningite purulente, d'ailleurs l'examen otos-

copique négatif élimine aussi la possibilité d'une méningite otogène.

Il est à retenir, que l'auteur n'a prêté d'abord aucune importance à la varicelle, qu'il a considéré comme une simple coïncidence.

Il existait dans l'observation de l'auteur quelques données cliniques qui pourraient infirmer le diagnostic :

Le pouls n'était pas ralenti ni nettement arythmique.

La fièvre était plus considérable ; il n'existait aucun trouble particulier de la respiration (pas de pauses respiratoires).

Le résultat négatif de la cuti-réaction pouvait faire admettre un état anergique, dû à la varicelle.

Les recherches répétées du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien mettaient aussi en doute le diagnostic.

Mais d'autre part, l'hypoglycorrachie, la lymphocytose, l'hyperalbuminose, la xantochromie à laquelle beaucoup d'auteurs rattachent une importance capitale plaident en faveur d'une méningite tuberculeuse.

En somme toutes les données tentaient à conclure qu'il s'agissait d'une méningite bacillaire.

Après quatre jours, pendant lesquels toutes les recherches de laboratoire étaient faites, la petite malade a quitté le service à la demande de sa famille, qui a bien voulu tenir au courant l'auteur de l'état de la malade, qui s'améliore les jours suivants.

Après six semaines, l'enfant revient dans le service.

Examen de la malade :

La démarche est encore incertaine ; les réflexes presque normaux.

Il existe une paralysie des muscles de l'œil gauche; l'oculiste trouve aussi une ophtalmoplégie externe et interne du côté gauche.

Trois mois plus tard :

L'ophtalmoplegie persiste; rien d'autre à signaler dans l'examen du système nerveux.

Le cobay sacrifié quarante jours après l'inoculation n'a montré aucune réaction micro ni macroscopique de tuberculisation.

Devant ce fait l'auteur a des raisons suffisantes pour conclure à une méningite post-varicelleuse.

LES NÉVRITES

Les névrites, connues sous le nom de post-varicelleuses sont les plus rares de toutes les complications nerveuses, puisque dans toute la littérature médicale, nous n'en avons trouvé que quatre cas.

Malgré ce nombre très restreint des observations, la symptomatologie de ces névrites est des plus variables :

Dans le premier cas observé (William Gay, 1894) il s'agissait d'une polynévrite des deux membres inférieurs chez un enfant de deux ans et demi, qui apparaît brusquement quinze jours après le début d'une varicelle bénigne. Cette polynévrite se traduit par une anesthésie complète à la piqure, abolition des réflexes rotuliens, achilléens, crémastériens, sans troubles des sphincters. La guérison survient progressivement au bout de trois mois.

En somme rien ne permet de distinguer cette polynévrite d'une névrite infectueuse banale.

La seconde observation que nous rapportons intégralement est publiée par Gauché et Miraillé en 1904 :

OBSERVATION II

Au cours d'une épidémie de varicelle, le jeune N., âgé de quatre ans, est atteint d'une varicelle typique. Le 5^e jour de la maladie l'enfant est pris de douleurs atroces dans les membres inférieurs. La mère s'aperçoit qu'on ne peut lui toucher les jambes,

sans qu'aussitôt il pousse des cris, et que de plus il ne peut faire aucun mouvement.

Le lendemain 23 août, l'éruption varicelleuse typique est à son déclin. Température normale. Intestin et vessie fonctionnent normalement. Quand on touche les jambes du petit malade, même légèrement, on provoque de très vives douleurs. Abolition de tous les mouvements des membres inférieurs. L'enfant reste étendu dans le decubitus dorsal. Les reflexes rotuliens sont absents; rien aux membres supérieurs.

Le 1^{er} septembre, broncho-pneumonie double, qui évolue vers la guérison. Le 8 septembre, la paralysie est complète aux membres inférieurs. Tout mouvement volontaire est aboli dans les orteils, les pieds, les genoux, la hanche.

Les douleurs spontanées sont moins vives, ce qui facilite l'examen du malade. Soulevés les membres tombent inertes et la paralysie est également accentuée des deux côtés. Le pincement de la peau, la pression des masses musculaires provoquent encore de la douleur mais beaucoup moins qu'au début de l'affection, les reflexes rotuliens et achilléens sont absents, Babinski en flexion. Pas de troubles des sphincters.

Progressivement, on s'aperçoit que l'enfant peut exécuter avec les membres inférieurs des mouvements de flexion des diverses articulations, mais sans détacher les talons du plan du lit. Peu à peu l'enfant recommence à marcher.

Revu en janvier pour une bronchite, il est complètement guéri de sa paraplégie périphérique; les membres sont amaigris mais la sensibilité et la motilité sont normales.

En résumé à l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs, semblable à celle de la première observation, s'ajoutent ici des douleurs intenses. Dans les deux cas la paraplégie flasque s'est terminée par la guérison complète.

Il n'en est pas de même dans le troisième cas rapporté par Camus et Sézary, où il s'agit d'une fillette de onze ans et demi, qui au cours d'une varicelle, présente les symptômes d'une paralysie à type ascendant, mais avec intégrité de la face et des yeux. Ici les lésions se localisent non seulement au système nerveux mais atteignent aussi les muscles. Selon l'expression des auteurs, il s'agissait bien d'une *nevro-myosite*.

OBSERVATION III

G. S..., fillette de 11 ans et demi est entrée à la Salpêtrière dans le service du professeur Déjerine en juin 1906.

Antécédents héréditaires : Père, mère et deux sœurs *névropathes*.

Antécédents personnels : Enfance normale jusqu'à 5 ans. A ce moment grippe avec bronchite capillaire grave.

A 6 ans, varicelle (juillet 1901). C'est trois jours après l'écllosion de cette infection, que se place le début des accidents actuels. La mère, voulant lever cette enfant, constate que les jambes sont complètement fléchies sur les cuisses, les talons touchant presque les fesses, et qu'on ne peut les allonger sans provoquer de très vives douleurs. Quelques semaines plus tard l'extension devient plus facile, mais des douleurs sous forme d'élançements empêchent la station debout et la marche. Les jambes s'atrophient. Bientôt les mêmes symptômes atteignent les membres supérieurs, bras et avant-bras douleurs spontanées, diminution considérable de la force, souffrances violentes à la pression des masses musculaires, atrophie et rétraction.

Six mois après le début (janvier 1902), la malade peut à peine marcher, se fatigue vite et souffre toujours. Traitement électrothérapique prolongé pendant 18 mois. Amélioration légère à la suite Massages.

En 1903 les membres ne peuvent être complètement allongés, les supérieurs sont demi-fléchis. Etat stationnaire jusqu'en 1906. Seules les douleurs diminuent de fréquence et d'intensité, ne survenant plus spontanément qu'à intervalles assez éloignés et sous forme d'élancements ou de tiraillements dans les membres.

Etat à l'entrée (juin 1906). Enfant intelligente, gaie, très impressionnable. Amaigrissement considérable. Marche assez pénible. Force très diminuée aux membres supérieurs. Atrophie générale de tous les muscles.

Membres inférieurs : rétraction musculaire atteignant surtout les groupes de la face postérieure des cuisses, empêchant l'extension complète des jambes. Rigidité et consistance fibreuse de ces muscles dont la pression ou le pincement détermine de la douleur. Articulations saines. Réflexes achilléens et patellaires presque abolis des deux côtés. Réflexes plantaires en flexion.

Membres supérieurs : atrophie des différents groupes musculaires également douloureux à la pression. Rétraction très marquée et consistance dure et fibreuse des biceps qui se tendent en corde dès qu'on essaie d'étendre l'avant-bras sur le bras. On ne peut d'ailleurs obtenir pour ces deux segments qu'un angle d'ouverture d'environ 110°.

Réflexes tendineux à peu près abolis.

Douleurs également vives à la pression des nerfs superficiels, sensibilité conservée partout au tact. Hyperesthésie douloureuse généralisée. Sensibilité osseuse normale au diapason.

Nulle part il n'y a des contractures ni des phénomènes spasmodiques. Rien à la face ; pas de troubles oculaires, pupilles normales réagissent bien.

Evolution : Amélioration notable depuis l'entrée. Les douleurs n'existent pour ainsi dire plus. Sous l'influence des massages et de la mobilisation les rétractions des membres inférieurs ont disparu ;

il faut pour les mettre en évidence, associer l'extension des jambes à la flexion du tronc, comme pour la recherche du signe de Kernig. La marche est presque normale. Les membres supérieurs sont améliorés dans de moindres proportions. Amélioration de la force musculaire. Les avant-bras s'étendent mieux, mais encore incomplètement (angle 150° environ). La sensibilité est normale partout sous tous ces modes. L'hyperesthésie douloureuse a disparu. Les réflexes des membres inférieurs sont normaux, ceux des membres supérieurs presque abolis. L'examen électrique, pratiqué par M. Rieder à plusieurs reprises, n'a toujours montré qu'une diminution simple des contractions sans modification de la formule.

En résumé il s'agit d'une polynévrite douloureuse, accompagnée des rétractions fibreuses et atrophies musculaires.

Reste à discuter l'origine de cette affection : les renseignements des parents sont précis ; les troubles moteurs sont bien apparus au troisième jour d'une varicelle banale, mais quel contraste entre la bénignité de la maladie et l'évolution lente de la complication...

Le quatrième et dernier cas (Chavernac, *Annales d'oculistiques*, Paris 1908) est une névrite optique double, suite de varicelle chez un garçon de onze ans, caractérisée par une diminution importante de la vue, avec scotome central, rétrécissement du champ visuel de 10° environ.

Trois ans après l'état est à peu près le même et semble définitif.

LES ENCÉPHALOMYÉLITES

Sous cette dénomination, de nombreux auteurs désignent pendant longtemps toutes les complications ayant trait au système nerveux central.

Crépin en 1930 essaie dans sa thèse une classification, d'après laquelle il les divise d'abord en myélites et encéphalites. Ces dernières sont subdivisées par le même auteur en :

1° Encéphalites post-varicelleuses à forme somnolente, analogue à l'encéphalite léthargique, mais la guérison semble plus rapide, les séquelles moins fréquentes ;

2° A forme méningée, où aux signes banaux de l'encéphalite s'ajoutent des signes méningés : raideur de la nuque, signe de Kernig et troubles vasomoteurs ;

3° A forme paralytique : hémiplégique, aphasique ou ophtalmoplégique ;

4° Enfin la forme cérébelleuse ou ataxique qui est la plus bénigne.

A cette classification Mme Dudevaut ajoute une forme nouvelle : la choréo-athétosique. Comme nous verrons plus loin, le cas, observé par notre Maître peut servir comme exemple à cette dernière.

De toutes ces formes cliniques, la forme cérébelleuse est la plus caractéristique. Dans son intéressant article Ingelrans (de Lille) résume ainsi ce syndrome : « La forme cérébelleuse débute au decours d'une varicelle bénigne par un vertige, des vomissements, une intense titubation avec chutes ; en deux semaines environ tout disparaît ».

Comme preuve de la spécificité de cette forme, Galli (1929) dans « *La Pédiatrie* » cite le cas d'un frère et d'une sœur ; le premier, 5 jours après l'éruption de la varicelle, demande à se lever, mais ne peut se tenir debout ; il vomit et chancelle ; pas de convulsions ; la température est à 38°. Quand il s'assied le tronc vacille ; debout l'enfant écarte les jambes, s'accroche aux murs pour ne pas tomber ; myastagmus passager. Quinze jours après il est tout à fait guéri.

Sa sœur, a la varicelle en même temps ; le lendemain de la maladie du frère, elle titube et tombe, pendant que l'éruption est encore présente. Cela guérit, comme chez le frère. Aucune séquelle dans les deux cas.

Il nous paraît intéressant, de citer l'observation, rapportée par Cornil et Kissel en 1930 :

OBSERVATION IV

Jean Lh..., âgé de 4 ans, est adressé par le D^r Douzain de Commercy pour troubles de la marche et tremblement du côté droit à début brusque il y a 7 jours.

Cet enfant, dont la santé était bonne jusqu'à ce dernier temps, a fait vers le début de mai 1929 une angine puis une varicelle.

Celle-ci a débuté le dimanche 19 mai et a duré 3 jours. Le jeudi l'enfant recommence à sortir. Le dimanche suivant il présente de la fatigue, les membres inférieurs fléchissent. Le lundi soir au cours du repas il a présenté un tremblement léger. Dans la nuit des vomissements bilieux. Pas de fièvre.

On croit à une petite indigestion et on lui prescrit du calomel. Le matin on constate un tremblement du bras droit, l'enfant ne peut arriver à saisir ses jouets, est maladroit et s'en irrite. On

constate également que sa démarche est titubante et qu'il tombe facilement.

Examen: A l'examen le 28 mai on observe tout d'abord l'existence des croûtes brunâtres, cicatrices de vésicules de varicelle sur différents endroits du corps. On constate également la présence d'un hemisynndrome cérébelleux droit typique, caractérisé par un tremblement statique des plus net prédominant aux extrémités. La main tendue en pronation tremble en masse et oscille dans le plan horizontal. Les doigts sont animés de mouvements assez amples d'abduction et d'adduction alternative et également dans le plan vertical présentent de nets mouvements d'extension et de flexion légère.

Deux jours après, le syndrome cérébelleux s'étend de l'autre côté. Le bras gauche tremble à son tour. Le tremblement présente exactement les mêmes caractères que du côté droit, mais il est légèrement moins marqué.

L'enfant marche les jambes écartées, la démarche est titubante et ataxique avec tendance très nette à la lateropulsion gauche.

Incoordination dans l'épreuve du doigt sur le nez; du pied sur le genou. Dysmétrie marquée dans les épreuves de préhension. L'adiadococinésie est très nette des deux côtés.

Réflexes: Rotuliens et achilléens très vifs des deux côtés (refl. pendulaire). Pas de clonus du pied ni de la rotule.

Pas de signe de Babinski. Au membre supérieur: bicipital, tricipital, stylo-radial vifs. Les réflexes abdominaux existent.

Œil: Ebauche de nystagmus. Pas d'inégalité pupillaire. Réflexes photomoteurs à l'accommodation normaux. Fond d'œil normal.

Parole: Très scandée, brève. L'enfant parle en séparant chaque syllabe. L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier.

Antécédents: L'enfant fait fréquemment de l'urticaire, présente souvent des troubles digestifs liés à une insuffisance hépatique fami-

liale. Il n'y a pas eu des convulsions dans l'enfance. Son père et sa mère sont bien portants.

Examens de laboratoire :

Liquide céphalo-rachidien : La ponction lombaire est faite le 29 mai 1929 en position couchée. La pression à l'appareil de Claude est de 27 cm. Albumine, 0 gr. 45 $\text{°}/\text{°}$. Lymphocytes, 3,9 par mm^3 . Glucose, 0 gr. 75 $\text{°}/\text{°}$.

Culot de centrifugation. On ne trouve rien d'anormal en dehors des éléments du sang (hématies, etc.).

Réaction de Guillain : 01112222100000000.

Réaction de B. W. : négative.

Traitement et évolution :

Le 28 mai injection intramusculaire d'une ampoule d'acetyl-arsan. Guérison complète après plusieurs injections en raison de deux par semaine.

En résumé, il s'agit d'un syndrome cérébelleux consécutif à la varicelle chez un garçon de 4 ans, qui présente une certaine analogie avec la sclérose en plaques. Certes, l'évolution en est différente, mais cette observation reste néanmoins très curieuse.

MM. Crouzon et Liège rapportent en 1928 l'histoire d'une femme de vingt-huit ans qui, au huitième jour d'une varicelle intense, avec fièvre élevée, fut prise de troubles nerveux sensitifs et moteurs graves ; l'atteinte du nevraxe fut très diffuse, et trois ans après le début des accidents, des séquelles importantes persistent.

Les auteurs se demandent aussi et à juste raison s'il ne s'agit pas du réveil d'une infection latente à virus neurotrope.

Citons à présent le cas observé par notre Maître, M. Babonneix, Adeline et Colombe où des troubles nerveux graves sont survenus chez une fillette atteinte de varicelle et ont évolué en deux phases : une première, convulsive ; une seconde, choréique.

OBSERVATION V

In : Gazette médicale de France, 15 Avril 1928

Rosine X..., 22 mois vue le 20 juillet 1927.

Antécédents héréditaires et personnels. Les parents sont en bonne santé. Il faut signaler, cependant, que la maman a jadis souffert de convulsions infantiles. La petite Rosine est née à terme, naturellement, sans application de forceps ; la grossesse avait été difficile, surtout dans les premiers mois où la maman avait eu d'abondantes pertes sanguines.

L'enfant, qui pesait 4 kg. à la naissance, a été élevée jusqu'à six mois au sein maternel. Elle a eu la coqueluche à dix mois et serait assez sujette aux bronchites. Sa première dent est sortie assez tard. Elle a commencé à marcher vers quatorze mois, à parler vers dix-huit ; à quinze elle a été opérée des végétations adénoïdes. Elle a toujours été un peu nerveuse. Elle a été vaccinée vers dix mois.

Histoire de la maladie. Le 11 juin 1927 apparaît une varicelle, contractée de petits cousins chez lesquels elle a évolué sans la moindre complication. Dans la nuit du 12 au 13, convulsions avec écume aux lèvres, fixité du regard ; aux convulsions généralisées, mais prédominantes sur les muscles des yeux et de la face, s'adjoignent des symptômes de divers ordres : dyspnée sine materia, ascension thermique à 40°, sueurs abondantes.

Le 13 et 14, la température redescend à la normale, mais on constate de l'abattement et de la somnolence.

Dans la nuit du 15 au 16, convulsions à type brava-jacksonien, affectant le côté droit, s'étant reproduites les jours suivants; elles disparaissent enfin, laissant une hémiplegie droite prédominante sur les membres. Ces crises, d'intensité très variable, selon les moments, durent environ deux minutes chacune, et se répétaient pendant deux à trois heures. La ponction lombaire qui a donné issue à un liquide clair sous tension normale (il n'y a pas eu d'examen cytologique, chimique ni bactériologique) ne les a pas modifiées. Les jours suivants elles ont reparu, mais moins longues et plus espacées.

Le 17, nouvelle crise convulsive généralisée, extrêmement violente, à la suite de laquelle l'enfant a perdu l'usage de la parole et ne semble plus reconnaître personne. Depuis ce moment, l'hémiplegie est d'abord devenue hémiparésie; il n'en reste plus actuellement de traces, mais on a assisté au développement d'autres troubles nerveux: agitation incessante, qui redouble chaque soir: l'enfant crie, se débat, essaie de griffer, de mordre, d'arracher ce qui se trouve à sa portée.

Une réaction de Wassermann, recherchée pour le sang, s'est montrée négative. Divers traitements ont été appliqués: abcès de fixation, auto-hémothérapie, urotropine, bains, pour lutter contre l'élément infectieux; chloral contre les convulsions.

Etat actuel: Ce qui domine, ce sont des mouvements involontaires d'une grande amplitude, violents, incohérents, incessants, généralisés à toute la musculature, et rappelant tout à fait la chorée. A ces mouvements s'associent d'autres troubles nerveux: grincement de dents; mâchonnement; strabisme intermittent; gestes automatiques des membres du côté droit; spasmes et mouvements athétosiques avec attitude décérébrée du membre supérieur droit, qui est le siège, d'une hypertonie manifeste; marche digitigrade et attitudes forcées du membre inférieur droit; mutisme incomplet, l'enfant recommen-

çant à dire quelques syllabes depuis huit à dix jours ; agitation avec cris, pleurs, tentatives de violence, inconscience totale.

Depuis lors, il s'est produit une amélioration sensible dans l'état de l'enfant, qui est devenue plus gaie, rit volontiers, commence à reconnaître les personnes de son entourage, cherche à saisir les objets qu'on lui présente, marche presque normalement. Elle prononce quelques mots. Les mouvements choréïques ont diminué d'intensité et l'on peut prévoir le moment très proche où ils auront entièrement disparu.

Dans le second cas, observé par le même auteur, les complications d'une varicelle banale consistent en des phénomènes nerveux graves chez une fillette de 7 ans.

Nous ne voyons plus des mouvements choréïques analogues au cas précédent, mais des paralysies comparables à celle d'une poliomyélite antérieure aiguë. Les réflexes tendineux sont abolis, mais il n'y a pas de grosse atrophie, ni troubles trophiques.

Cette paralysie semble définitive et à ce sujet l'auteur conteste l'origine varicelleuse de cette complication.

Étude anatomo-pathologique des Encéphalites post-varicelleuses

Nous abordons le chapitre le plus intéressant de notre travail, portant sur deux cas d'encéphalite consécutive à la varicelle et qui se sont terminés par la mort. Les deux observations sont suivies des autopsies très détaillées, ce qui nous permettra de conclure, qu'il s'agit bien d'une encéphalite infectieuse, distincte de l'encéphalite léthargique.

La première est rapportée par L. Van Bogaert « in *Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie* 140, 1932.

OBSERVATION VI

Fillette de 12 ans, bien portante jusqu'alors présente le 3 avril 1929 une angine, une température élevée et langue saburrale.

Le 8 avril la petite malade est examinée par un médecin qui lui prescrit un collutoire iodé et boraté. Le 9, la température monte, la malade délire, son pharynx est rouge, sans exsudat visible, mais un érythème sur la face interne des joues; — oligurie. Le 11: Apparition des vésicules typiques de varicelle au niveau du visage, poitrine et bras; l'éruption se généralise dans les jours qui suivent; par place les vésicules sont hémorragiques.

Le 12 et 13: Délire intense; c'est seulement à ce moment que l'auteur est appelé auprès de la malade. Sa mère raconte, que dans les rares intervalles de lucidité, la malade se plaint de céphalée intense; la veille elle a vomi à plusieurs reprises; sa nuque est raide.

L'auteur attribue les troubles psychiques et le myosis à l'acétonémie, mise en évidence par l'examen des urines et l'odeur de l'haleine. Des médications diurétiques et injections des solutions glucosées sont administrées. Le 13: l'état de la malade s'aggrave. rachialgie intense; raideur de la nuque typique; signe de Kernig positif; clonus du pied droit. Le 14, état vertigineux, titubation; nystagmus horizontal et vertical. Le 15 avril: A l'examen de la malade on constate une ataxie cérébelleuse aiguë avec mouvements, choréiformes, nystagmus, raideur de la nuque, clonus du pied et de la rotule droits. L'enfant pleure et crie d'une façon monotone, entrecoupée des crises de colère, dans lesquelles elle déchire ses vêtements et les draps; elle reconnaît le médecin et les personnes de son entourage; orientation parfaite, insomnie.

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair et limpide sous pression 78 cm. au manomètre de Claude en position couchée. Le liquide contient 6 cellules par mm³ et 0 gr. 50 o/100 d'albumine. Les réactions de Wassermann et de Besredka sont négatives.

Entre le 18 et le 29 avril, les signes neurologiques s'accroissent; signe de Babinski bilatéral; incontinence d'urine et des matières fécales; escarre de la région sacrée, amaigrissement notable, la langue est sèche.

Le 29: La malade ne reconnaît plus personne. L'excitation nerveuse est très intense avec hallucinations visuelles, coprolalie, etc. Le 29 au soir, l'enfant semble très fatiguée, le pouls est irrégulier, et la mort survient dans la nuit du 29 au 30 avril.

A l'autopsie: le cerveau est congestionné, surtout dans la région bulbo-cérébelleuse, pas de granulations ni vésicules visibles à l'œil nu; pas d'adhérences méningées. Le foie et la rate présentent un type infectieux.

En résumé il s'agit d'une varicelle grave au cours de laquelle apparaît une réaction méningée précoce et très intense. Bientôt se développe un syndrome ataxique avec mouvements choréiformes, des signes d'atteinte pyramidale et insomnie. La P. L. montre une hypertension du L. C. R. avec hyperalbuminose et légère réaction cellulaire.

Bientôt apparaissent des troubles sphinctériens et trophiques, suivis des phénomènes d'excitation nerveuse avec hallucinations. L'état général s'aggrave et la mort survient au 27^e jour de la maladie.

L'étude histo-pathologiques des centres nerveux montre une affection dégénérative, qui touche surtout les hémisphères cérébrales et le cervelet, bien que le reste du système nerveux ne soit pas indemne.

On trouve des multiples foyers de demyelisation visible même à l'œil nu, d'une grosseur d'un grain de mil ou d'une tête d'épingle. Ces foyers sont surtout périvasculaires et c'est là un fait capital. Le siège des lésions est presque caractéristique. La prolifération microglie prédomine au niveau des noyaux gris centraux. Le pallidum est surtout touché; la couche optique, bien que moins lésée n'est pas indemne; le noyau coudé et le putamen ne montrent rien de spécial.

Sur l'écorce cérébrale la région fronto-pariétale est surtout touchée; la région du pli courbe et celle de la scissure calcarine le sont moins.

Cervelet: Les cellules de Purkinje et les volumineuses cellules de la couche externe de l'écorce présentent des grosses lésions. Le locus niger est intact et nous insistons sur ce point.

Le système nerveux périphérique: Les ganglions spinaux, les ganglions supérieur et moyen du sympathique cervical, ainsi que

Les plexus solaire sont indemnes. Un ganglion de Gasser fut examiné et reconnu normal.

En somme, il s'agit d'une encéphalo-myélite démyélinisante : démyélinisation à petits foyers, corticale et sous-corticale de la substance blanche du cerveau et du cervelet.

Dans la seconde observation nous ne retrouvons plus de signes d'atteinte médullaire ; l'évolution est très rapide, la mort survient au bout de 24 heures.

OBSERVATION VII

In: Journal de neurologie et psychiatrie 1932 Septembre

J. Dagnelle et R. Dubois

D. S., fille de 8 mois, enfant bien constituée, présente une varicelle banale.

Au quinzième jour, l'enfant qui était riieuse et active est trouvée étendue dans son lit, inerte et dans un état d'abattement extrême. Elle paraît indifférente à tout ce qui l'entoure et le moindre mouvement passif lui arrache des cris. Après quelques heures, l'enfant paraît tout à fait comateuse : ses traits sont tirés ; il y a du strabisme ; les membres conservent les attitudes passives même paradoxales ; tous les reflexes sont présents ; il n'y a ni dyspnée, ni cyanose, ni signes pulmonaires ou troubles entéritiques. Une ponction lombaire ramène un liquide clair contenant 1,2 lymphocytes par mm³ et 1 gr. 40 de sucre ‰ avec une glycémie de 2 gr. 57 ‰.

Le soir même, soit 24 heures après le début de ce syndrome, la petite malade meurt dans le coma.

Pendant tout ce temps la température n'a pas dépassé 37°5.

L'autopsie complète ne permet de trouver aucune altération anatomique d'aucun organe, sauf une congestion du système nerveux. Des coupes macroscopiques, pratiquées dans les deux hémis-

phères découvrent un fort piqueté congestif de la substance blanche.

Etude microscopique : Au niveau de la substance grise corticale, cellules pyramidales normales, pas de réaction névroglique. Par contre il existe une congestion excessivement forte de toute la substance blanche avec dilatation et engorgement de tous les capillaires. Au niveau de la région fronto-pariétale il n'y a nulle part de réaction névroglique périvasculaire. Les vaisseaux sont entourés de nombreux corps granuleux soudonophiles. La méthode de Spielmeyer montre une démyélinisation périveineuse en manchons au niveau du lobe pariétal droit. Zone pâle contenant des résidus grisâtres et à sa limite externe, des gaines de myéline soufflées et vacuolisées. La démyélinisation est quasi nulle en Pag (pariét. gauche) inexistante en Fag. Il n'y a pas d'altération des axones.

Au niveau des noyaux de la base la congestion est forte ; la plupart des vaisseaux sont entourés de corps granuleux.

Le cervelet présente un engorgement marqué des capillaires, et des corps granuleux périvasculaires en nombre modéré. La méthode de Nissl ne révèle aucune anomalie. Les pédoncules, le bulbe, les moelles cervicale et sacrée sont tout à fait normaux.

En somme il s'agit d'une encéphalite démyélinisante à type infectieux, analogue à celles, consécutives aux autres exanthèmes : rougeole ou scarlatine par exemple.

CONCLUSIONS

1° La varicelle est la cause de diverses complications nerveuses, qu'englobent les lésions d'encéphalo-myélite post-varicelleuse.

2° Ces complications s'observent plus souvent au cours de ces dernières années.

3° Nous les diviserons en deux groupes :

a) au premier appartiennent des complications le plus souvent bénignes, qui guérissent même sans aucun traitement spécial et où l'origine varicelleuse est indiscutable ;

b) au deuxième — les complications nerveuses à évolution lente, laissant des séquelles durables et où la varicelle n'intervient que comme une cause occasionnelle et déclanchante ; ces dernières peuvent être dues, à une autre maladie à virus neurotrope.

4° Les encéphalo-myélites post-varicelleuses sont caractérisées au point de vue histo-pathologique par des lésions de type infectieux banal qui les rapproche de celles, qu'on observe au cours de diverses maladies éruptives : vaccine et rougeole en particulier.

Vu : le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,

NOBECOURT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- L. BABONNEIX. — Encéphalomyélite post-varicellique (*La Pédiatrie Pratique*, 15 Avril 1933).
- L. BABONNEIX, ADELIN ET COLOMBE. — Un cas d'encéphalite varicellique (*Gaz. Méd. de France* 2 : 15 Avril 1928).
- P. BERODE. — Les complications nerveuses de la varicelle. (*Thèse de Paris* 1392).
- BERTOY ET GARCIN. — Sur un cas d'encéphalite varicellique à symptomatologie cérébelleuse (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 5 Novembre 1929).
- BONABA. — Méningo-encéphalitis post-varicellosa (*Cronica Medica Mexicana*, Janvier 1928).
- CAMUS ET SEZARY. — Un cas de névro-myosite post-varicelleuse (*Revue Neurologique* 1907).
- CHAVERNAC. — Névrite optique double à la suite d'une varicelle (*Annales d'oculistique*, Paris 1908).
- CHAVANY ET CHAIGNOT. — Un cas de névraxite post-varicelleuse à symptomatologie cérébelleuse pure (*Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 19 Janvier 1931).
- CORNIL ET KISSEL. — Sur l'ataxie post-varicelleuse (*Rev. Neurol.* 1^{er} Février 1930).
- CRÉPIN. — Des complications nerveuses de la varicelle : Revue générale (*Thèse de Lille* 1929).
- CROUZON ET LIÈGE. — Nevrauxite varicellique (*Archives Neurol. t. I. vol. II.* Mai 1928).

- J. DAGNIELLE ET R. DUBOIS. — Complications neurol. des exanthèmes (*Journ. de Neurs et de Psychiâtrie*, septembre 1932).
- R. DEBRÉ. — A propos de l'encéphalite varicelleuse (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 Mars 1931).
- M. DUDEVANT. — Contribution à l'étude de l'encéphalomyélite post varicelleuse. Les formes choré-athétosiques. (*Thèse de Toulon*, 1931-32).
- A. ECKSTEIN. — Recherches expérimentales sur les encéphalopathies de la varicelle (*III^e Congrès International de Pédiatrie Londres*, 20-22 juillet 1933).
- FLEXMER. — Obvious and obscure infections of central nervous system (*Journal Am. Méd.*, 7 juillet 1928).
- GALLI. — Les complications nerveuses de la varicelle. 2 cas d'ataxie cérébelleuse aiguë (*La Pediatria Rivista* N° 12, 1^{er} juillet 1925).
- Wiliam GAY. — A case of peripheral paralysis following varicella (*British Medical Journal*, 31 Mars 1894).
- GAUCHER ET MIRAILLIÉ. — Névrite périphérique au déclin de la varicelle (*Gazette de Nantes*, Janvier 1904).
- P. GAUTHIER ET V. MONEDJIKOVA. — Un cas d'encéphalite varicelleuse (*Journal de Médecine de Paris*, 18 Juin 1931).
- V. GILLOT, SARROUY, DUPUY-D'UBY. — A propos des complications nerveuses de la varicelle (*Presse Médicale* 90, 9 Novembre 1932).
- S. GRAHAM. — Two cases of varicella encephalitis (*Arch. Dis. Childhood* 5 : 146-148, Avril 1930).
- P. INGELRANS. — Ataxie aiguë post-varicelleuse (Encéphalite de la varicelle) (*Gaz. Méd. de France*, N° 19, 1^{er} Novembre 1930).

- A.-B. MARFAN. — Complications nerveuses de la varicelle, (*Archives des Mal. de l'Enfance*, Mars 1898).
- A.-B. MARFAN. — Sur les complications nerveuses de la varicelle (*Le Nourrisson*, 4, Juillet 1932).
- P. MUKLENKAMP. — Encephalitis nach Varizellen (*Arch. f. Kinderh.* 98, — 1932).
- R. POINSOL. — Ataxie varicelleuse aiguë (*Soc. de Méd. de Marseille*, séance du 9 Février 1932).
- M. PRUVOST. — Etude des complications nerveuses de la varicelle. A propos d'un cas de méningo-encéphalite (*Thèse de Paris*, 1926-27, 42).
- R. RENDU. — Cérébellite varicelleuse (*La Pédiatrie*, Février 1930).
- G. DE FONI. — Sulla meningit. varicellosa (*Il Policlinico*, 3 Novembre 1924).
- L. VAN BOGAERT. — Histopathologische Studie neber di Encephalitis nach Windpocken (*Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych.* N° 140, 1932).
- WINNICOTT ET GIBBS. — Varicella encéphalitis and vacci-nil encéphalitis (*Brit J. of Children's diseases*, Avril-Juin 1926).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	9
Les Méningites	11
Les Névrites	17
Les Encéphalomyélites	23
Etude anatomo-pathologique des Encéphalites post- varicelleuses	31
Conclusions	37
Bibliographie	39

